



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 79
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA EN ESTADIOS 4 Y 5 DEL CONSULTORIO 1 DE LA UMF NO. 12
DE ALLENDE COAHUILA.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Dr. Juventino Avilés Suarez



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN ESTADIOS 4 Y 5 DEL CONSULTORIO 1 DE LA
UMF NO. 12 DE ALLENDE COAHUILA.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR: JUVENTINO AVILES SUAREZ

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N.A.M

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN ESTADIOS 4 Y 5 DEL CONSULTORIO 1 DE LA
UMF NO. 12 DE ALLENDE COAHUILA.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR JUVENTINO AVILES SUAREZ

AUTORIZACIONES:

DR FERMIN PEREZ ORTIZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 79 PIEDRAS NEGRAS COAHUILA

DR JESUS ADOLFO CALDERON HERNANDEZ
ASESOR DE TESIS

DRA. GRACIELA ROSALES SORIA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

INDICE

1. Resumen.....	5
2. Marco Teórico.....	6
3. Insuficiencia Renal Crónica.....	8
3.1.- Definición.....	8
3.2.- Epidemiología.....	10
4. Familia.....	15
4.1.- La Familia como sistema.....	15
4.2.- Estructura y Subsistemas del grupo familiar.....	15
4.4.- Las crisis y Cambios del Grupo Familiar.....	15
4.5.- Funcionamiento Familiar	17
4.5.1.- Adjudicación de Roles.....	18
4.5.2.- Afecto.....	20
4.5.3.- Toma de decisiones.....	21
4.6.- Modelo FACES III de Olson.....	21
5. Planteamiento del problema.....	28
6. Justificación del estudio.....	30
7. Objetivo.....	31
7.1.- Objetivo general y Objetivos específicos.....	31
8. Variables a recolectar.....	32
8.1.- Variable dependiente.....	32
8.2.- Variable independiente.....	33
9. Tipo de Estudio.....	34
10. Población, lugar y tiempo del estudio.....	34
11. Criterios de Selección.....	35
11.1.- Criterio de inclusión y de exclusión.....	35
12. Procedimientos para recabar la información.....	36
13. Consideraciones éticas.....	37
14. Resultados.....	38
15. Discusión.....	41
16. Conclusión.....	44
17. Anexos.....	46
18. Bibliografía.....	51

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ESTADIOS 4 Y 5 DEL CONSULTORIO 1 DE LA UMF NO. 12 DE ALLENDE COAHUILA.

RESUMEN

INTRODUCCION: La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las complicaciones más temidas en la evolución de la Diabetes Mellitus y otras enfermedades crónicas, que limitan o ponen en riesgo la existencia y la calidad de vida de las personas, no sólo las víctimas, sino todo el sistema de relaciones interpersonales en que está implicada la persona, particularmente su familia, que ve seriamente afectada toda su dinámica y funcionamiento.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la presencia de disfunción familiar, adaptabilidad, cohesión y su efecto en la asistencia del paciente con insuficiencia renal crónica en los estadios 4 y 5.

MATERIAL Y MÉTODO: diseño retrospectivo, descriptivo del tipo observacional; donde se estudiaron pacientes adultos mayores de 20 años de edad con IRC en estadios 4 y 5 de la UMF No. 12 de Allende, Coahuila. Reuniendo los criterios de inclusión. Fueron entrevistados las pacientes en su domicilio o consultorio se les aplicó los cuestionarios previamente validados. FACES III para evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar.

RESULTADOS: Encontramos a familias en un rango medio que son el 75% (27 pacientes), equilibradas o balanceadas 22.22% (8 pacientes) y familias extremas 2.77% (1 paciente). En cuanto a la edad de la población estudiada entre 20 y 85 años, una edad media de 51.12. En cuanto a la distribución por género; corresponder más de la mitad de los pacientes al género femenino.

CONCLUSIÓN: Ubicando a las familias en el Modelo Circunflejo de Olson en familias de rango medio son el resultado de la combinación de las diferentes dimensiones de familias equilibradas y familias extremas. Encontrando familias disfuncionales poca flexibilidad en la estructura de poder, sobrecarga de roles y poca permeabilidad, actor que influye en el enfermo en la asistencia del enfermo.

PALABRAS CLAVES: Insuficiencia Renal Crónica, Familia, Disfunción Familiar, Adaptabilidad familiar y cohesión familiar.

MARCO TEORICO

La insuficiencia renal en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad.¹ La insuficiencia renal crónica (IRC) es un problema mundial de salud el cual requiere tratamiento sustitutivo que permita la supervivencia y la vida activa de la persona. El deterioro de la función renal hace que los pacientes experimenten síntomas que dañan su funcionamiento en general, por lo cual reciben diversas terapias de remplazo renal, que afectan su calidad de vida en todos los aspectos. La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es una enfermedad crónica y catastrófica, con frecuencia su diagnóstico y tratamiento afectan la estructura de vida del paciente y su entorno, pues se relaciona con el sufrimiento y el riesgo de muerte.² El paciente se ve sometido a cambios amenazadores vinculados directamente con la enfermedad: los efectos secundarios de los tratamientos, la angustia asociada a la incertidumbre que los caracteriza, los tiempos de espera, el cambio de roles del enfermo, la pérdida de ciertas capacidades funcionales o del trabajo, los cambios en la imagen corporal, el afrontamiento de la propia muerte y lo que conlleva. El paciente se ve obligado a transformar su estilo de vida, pues su organismo sufre grandes cambios en los ámbitos fisiológico, orgánico y emocional, encontrándose con periodos estresantes agotadores y emocionalmente devastadores.³ Los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y está directamente asociada a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos.

Con base en los datos del *Registro de Diálisis y Trasplante* del estado de Jalisco y del IMSS se calcula que existen 40,000 pacientes en alguna modalidad de Terapia de Remplazo Renal (TRR) (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006). De 1993 a 2001 México experimento un aumento en la población en diálisis del 11% anual.

El 50% de la población Mexicana está cubierta por 3 instituciones de Seguridad Social: el IMSS cubre el 60% de la población, ISSSTE, y las Fuerzas Armadas. En los últimos dos años el Seguro Popular, administrado por la Secretaria de Salud, ha asegurado a 10 millones de personas adicionales. No obstante alrededor del 40% de la población continúa sin ningún tipo de seguridad social por lo que no tiene acceso a una cobertura universal, incluyendo Terapia de Reemplazo Renal (TRR). El IMSS trata el 80% de los pacientes con enfermedades renal crónica en tratamiento cifra que se concentra en aproximadamente 160 Hospitales que cuentan con servicio de diálisis peritoneal (DP) y/o hemodiálisis (HD).⁵

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

DEFINICIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se define como la disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) <60 ml/min/1.73 m² o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses.¹¹

Un paciente con insuficiencia renal crónica ha experimentado con mayor frecuencia un curso lentamente progresivo de disminución por la función renal a lo largo de meses o años y es probable que presente síntomas lentamente progresivos o bien problemas agudos de enfermedades, traumatismos u otro estrés fisiológicos superpuestos.⁹

La enfermedad crónica renal (chronic renal disease, CRD) es un proceso fisiopatológico con múltiples causas, cuya consecuencia es la pérdida inexorable del número y funcionamiento de nefronas, y que a menudo desemboca en insuficiencia renal terminal, (end-stage renal disease, ESRD) es un estado o situación clínica en que ocurre una pérdida irreversible de la función renal endógena, de una magnitud suficiente para que el sujeto dependa en forma permanente del tratamiento sustituto renal (Diálisis o trasplante) con el fin de evitar la uremia.¹⁰

La uremia es el aumento de urea y otras sustancias nitrogenadas no proteicas (azoemia). Las sustancias nitrogenadas no proteicas son: la urea, el ácido úrico, la creatinina y algunos otros compuestos menos importantes. En general son los productos terminales del metabolismo proteico y deben eliminarse del organismo para garantizar el mantenimiento del metabolismo proteico normal de las células.¹²

La uremia es el síndrome clínico y del laboratorio que refleja la disfunción de todos los sistemas orgánicos como consecuencia de la insuficiencia renal aguda o crónica no tratada.

En el año 2002, la National Kidney Foundation estadounidense ha propuesto a través del proyecto K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) una serie de guías de práctica clínica sobre la evaluación, clasificación y estratificación de la ERC. Con los objetivos, de aunar criterios y facilitar de forma sencilla y práctica el diagnóstico precoz de la enfermedad independientemente de la causa original. La ERC se define como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina estimados $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses. El daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores en vez de por una biopsia renal por lo que el diagnóstico de ERC, ya se establezca por un FG disminuido o por marcadores de daño renal, puede realizarse sin conocimiento de la causa. El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevada.¹³

Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica (ERC) según las guías K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation.

Estadio	Descripción	FG (ml/min/1,73 m ²)
----	Riesgo aumentado de ERC	≥ 60 con factores de riesgo*
1	Daño renal † con FG normal	≥ 90
2	Daño renal † con FG ligeramente disminuido	60-89
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	< 15 ó diálisis

FG, filtrado glomerular.

* **Factores de riesgo de ERC:** edad avanzada, historia familiar de ERC, hipertensión arterial, diabetes, reducción de masa renal, bajo peso al nacer, enfermedades autoinmunes y sistémicas, infecciones urinarias, litiasis, enfermedades obstructivas de las vías urinarias bajas, uso de fármacos nefrotóxicos, razas afroamericana y otras minoritarias en Estados Unidos y bajo nivel educativo o social.

† **Daño renal:** alteraciones patológicas o marcadores de daño, fundamentalmente una proteinuria/albuminuria persistente (índice albúmina/creatinina $> 30 \text{ mg/g}$ aunque se han propuesto cortes sexo-específicos en $> 17 \text{ mg/g}$ en varones y 25 mg/g en mujeres); otros marcadores pueden ser las alteraciones en el sedimento urinario y alteraciones morfológicas en las pruebas de imagen.

Los objetivos de las guías K/DOQI de 2002. La finalidad principal de la propuesta de definición y de clasificación en estadios de la ERC es prevenir las complicaciones o, al menos, retrasar su aparición mediante el diagnóstico precoz y el manejo terapéutico apropiado.

Objetivos principales de las guías K/DOQI 2002

- Definir ERC
- Clasificar la ERC en estadios independientemente de la causa subyacente
- Unificar criterios de definición y clasificación de la ERC
- Evaluar los métodos de laboratorio utilizados en el estudio de la ERC
- Asociar los estadios de función renal con las complicaciones de la ERC
- Estratificar el riesgo de progresión de la ERC
- Estratificar el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares

K/DOQI, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative; ERC, enfermedad renal crónica.

Las guías K/DOQI otorgan un protagonismo especial a la enfermedad cardiovascular reconociendo que las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de morbilidad en el paciente con ERC y que la ERC constituye muy probablemente un factor de riesgo principal de enfermedad cardiovascular.¹³

Las etapas posteriores de la patogénesis de la enfermedad crónica renal (chronic renal disease, CRD) se caracterizan por declinación progresiva de la GFR estimada; las etapas leve, moderada y grave corresponden a valores de GFR (ml/min por 1.73 m²) de 60 a 89, 30 a 59 y 15 a 29, respectivamente. A una GFR <15 ml/min por 1.73 m², puede estar indicado el tratamiento de restitución renal si hay uremia. Para fines de clasificación de la CRD, las guías de referencia actuales recomiendan estimar la GFR mediante una de las dos ecuaciones que se ilustran en el siguiente cuadro

Ecuaciones recomendadas para estimar la GFR a partir de una concentración plasmática de creatinina (P_{Cr}) validada por el laboratorio
<p>1. Ecuación del estudio Modification of Diet in Renal Disease^a</p> $\text{GFR estimada (ml/min por } 1.73 \text{ m}^2) = 1.86 \times (P_{Cr})^{-1.154} \times (\text{edad})^{-0.203}$
<p>Multiplicar por 0.742 en el caso de las mujeres</p> <p>Multiplicar por 1.21 en el caso de los afroestadounidenses</p>
<p>2. Ecuación de Cockcroft-Gault</p> <p>Depuración estimada de creatinina (ml/min) =</p> $\frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso corporal (kg)}}{72 \times P_{Cr} \text{ (mg/100 ml)}}$
<p>Multiplicar por 0.85 en el caso de las mujeres</p>

Que se basan en concentración medida de creatinina plasmática, edad, género y origen étnico. La declinación anual media normal de la GFR a partir de los 20 a 30 años de edad es de 1 ml/min por 1.73 m² de superficie corporal, y en los varones alcanza un valor medio de 70 a los 70 años. La GFR es ligeramente más baja en las mujeres que en los varones. Habrá ocurrido lesión crónica importante de las nefronas cuando la concentración plasmática de creatinina está apenas levemente aumentada.

La albuminuria sirve como instrumento adjunto de importancia clave para vigilar la lesión de la nefrona y la reacción al tratamiento en muchas formas de IRC. La persistencia de más de 17 mg de albúmina por gramo de creatinina en varones adultos y de más de 25 mg de albúmina por gramo de creatinina en mujeres adultas suele indicar lesión renal crónica, independientemente de la GFR, y se puede utilizar para vigilar la evolución natural del trastorno y su respuesta al tratamiento, en particular en la CRD que es consecuencia de diabetes, hipertensión o glomerulonefritis.

Durante las etapas uno y dos de la CRD, a menudo los pacientes se conservan libres de síntomas. Conforme avanza la disminución de la GFR hacia las

etapas tres y cuatro (GFR <60 ml/min por 1.73 m²), las complicaciones clínicas de la CRD se vuelven más prominentes de manera progresiva. Resultan afectados virtualmente todos los aparatos y sistemas, pero las complicaciones más notorias son anemia y pérdida de energía, disminución del apetito y trastorno del estado nutricional, anormalidades del metabolismo del calcio y el fósforo acompañadas de enfermedad ósea metabólica, y anormalidades de la homeostasia de sodio, agua, potasio y acidobásica. Cuando la GFR disminuye a <15 ml/min por 1.73 m² de superficie corporal, los pacientes suelen experimentar un trastorno grave de sus actividades de la vida diaria, su sensación de bienestar, su estado nutricional y su equilibrio de agua y electrolitos, y el problema culmina en un estado francamente urémico en el que se vuelve imposible la supervivencia sin tratamiento de remplazo (sustitutivo) renal.¹⁰

EPIDEMIOLOGIA

En prácticamente todo el mundo se ha demostrado un incremento dramático en la prevalencia e incidencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). De acuerdo al reporte de salud mundial de la Organización Mundial de la Salud y al proyecto de carga global de la enfermedad, las enfermedades renales y del tracto urinario contribuyen con aproximadamente 850,000 muertes cada año y 15, 010,167 años de vida saludable ajustados por discapacidad.⁶

Estas enfermedades son la 12^a causa de muerte y la 17^a causa de discapacidad en el mundo.⁶ Y la 10^a causa de muerte en nuestro país contribuyendo con el 28% de todas las muertes.⁷ La diabetes, la HAS, y la IRC contribuyen con el 60% de la mortalidad y aproximadamente con el 47% de los gastos en salud a nivel global.⁶

Se estima que para el 2020 estas 3 entidades serán las principales causas de muerte y discapacidad, sobre todo en países en desarrollo.⁸

Este país está compuesto por 31 estados con una población identificada en el año 2005 de 103.263.388 millones de habitantes. Hasta el momento, se carece de un registro de pacientes con IRC por lo que se desconoce el número preciso de pacientes en cualquiera de sus estadios, los grupos de edad y sexo más afectados, así como el comportamiento propio de los programas. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Proporcionados por la seguridad social, que está compuesta por los hospitales del IMSS.²²

El registro estatal de diálisis y trasplantes de Jalisco (REDTJAL)¹ ha informado un aumento continuo en el número de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). En términos de incidencia la cifra se incrementó, de 92 pacientes por millón de habitantes (ppmh) en 1999 a 372 ppmh en el año del 2007, lo cual constituye la segunda cifra más alta del mundo. A manera de comparación, en Japón en el 2007 se registraron 285 nuevos pacientes con

IRCT y en Estados Unidos 361 (estos dos últimos países son los que tradicionalmente han tenido la más alta incidencia en el mundo).

La prevalencia de IRCT en Jalisco en el año 2003 fue de 392 ppmh, mientras que en el 2007 fue de 986 ppmh. En Latinoamérica los datos de Jalisco sitúan actualmente a México con el doble de la tasa de incidencia de países como Uruguay, Argentina y Chile, mientras que en nuestra prevalencia es prácticamente la misma de Chile o Uruguay, países que tradicionalmente habían tenido las mayores tasas de la región.⁴ Globalmente dentro de las causas de IRCT. La diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) ocupa el primer sitio (En Jalisco la DM2 causa el 55% de todos los casos nuevos de IRCT y la hipertensión arterial sistémica (HAS) el segundo.⁴

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.12 de la ciudad de Allende Coahuila, cuenta con una población derechohabiente de 14,175 personas, de los cuales 2,571 son niños de 0 a 9 años, 2164 son adolescentes de 10 a 19 años, 3402 son mujeres de 20 a 59 años, 3790 son hombres de 20 a 59 años y 2248 son adultos mayores de 60 y más años. De la población adscrita a esta unidad del consultorio No. 1 Matutino con 2355 derechohabientes se observa un total de 97 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, de los cuales 36 pacientes se encuentran con Insuficiencia Renal Crónica en estadio 4 y 5, pertenecientes entre hombres y mujeres al grupo de edad de 20 a 80 años portan Insuficiencia Renal Crónica en estadio 4 y 5 representando un 0.84% de la población adscrita.

FAMILIA

LA FAMILIA COMO SISTEMA DEFINICION.

La familia es un grupo primario que se define como:

Organización de Naciones Unidas (ONU):

Grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.

Organización Mundial de la Salud (OMS):

A los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Definición de familia según el consenso norteamericano

La familia es un grupo de 2 o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.

Definición de familia según el concepto canadiense

La familia es el grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo.

Salvador Minuchin:

Es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción; estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.¹⁷

LA ESTRUCTURA Y SUBSISTEMAS DEL GRUPO FAMILIAR:

Históricamente, las técnicas de intervención basadas en la concepción individual del conflicto mediante atribuciones a los comportamientos de un miembro se centraban exclusivamente en éste, aislado de su medio.

La concepción sistémica de familia intenta modificar su organización. Al transformar la estructura del grupo familiar se modifican en consecuencia, las posiciones de sus miembros. Como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo.¹⁷

Los subsistemas familiares son reagrupamientos de miembros de la familia, según criterios de vinculación específica de la que se derivan relaciones particulares.

El “subsistema conyugal” se forma cuando dos adultos se unen con la intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos.¹⁵

Un elemento de fundamental importancia en el análisis de la estructura familiar es el denominado principio estructural el que según Laslett, reside en el lazo conyugal. Para que se integre una familia simple son necesarios por lo menos dos individuos relacionados por ese vínculo.¹⁶

El “subsistema parental” pueda estar constituido por las mismas personas que el conyugal, el vínculo que lo estructura es el hecho de ser ambos esposos progenitores de nuevas personas y se constituye al nacer el primer hijo.

El “subsistema filial” o subsistema fraterno, está constituido por los hijos que constituyen un núcleo diferenciado de miembros del sistema.¹⁷

La familia se puede concebir como un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad. Dicha organización se caracteriza por las propiedades de totalidad o no sumatividad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad. El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos (por ejemplo, mientras modifica su estructura a través de una serie de fases evolutivas), y la altera mediante procesos morfogenéticos.¹⁸

LAS CRISIS Y CAMBIOS DEL GRUPO FAMILIAR:

Los periodos de crisis son etapas de desestabilización del equilibrio, periodos de cambio.

La familia es morfostática cuando tiende a mantener rígidamente su equilibrio y su estructura, porque tiene muchas dificultades para adaptarse a situaciones nuevas. En el extremo de este tipo de familias estarían las de transacción psicótica.¹⁷

Una familia es morfogenética cuando carece de estabilidad, como es el caso de las familias “súper adaptadas” al contexto social, continuamente cambiantes ante los “feedback” y cuya identidad colectiva se diluyen en el entorno absorbiendo rápidamente las normas y estereotipos culturales externos.¹⁹

La adaptación óptima de una familia se da cuando uno de sus miembros tiene la posibilidad, según las situaciones que está viviendo, de participar de un modo equilibrado en las decisiones de la familia.¹⁷

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Podemos definir a la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo y las crisis que se presenten.¹⁴ Ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.²⁰

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo evolutivo en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. La familia como grupo social debe cumplir funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, la familia debe ser capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.²⁰

Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite

a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y le infunde, además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los otros miembros.²¹ de tal manera que la familia no se puede ver como una suma de individualidades sino como un conjunto de interacciones.

Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la casualidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un “culpable”, sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular.²¹ Entendiendo entonces que el funcionamiento familiar está dado por una dinámica, relacional sistemática que se da a través de cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.²⁰

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas organizados por generaciones, sexos, intereses, y funciones. Los principales en la estructura de una familia nuclear son: subsistema conyugal, subsistema paterno-filial, y subsistema fraterno.

La familia comienza con la unión de la pareja, en muchos casos por medio del matrimonio, y tras un cierto periodo dependiendo del número de hijos, su crecimiento se reduce de nuevo a la pareja inicial, con la cual se cierra el ciclo.

El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo. Este ciclo se ha distribuido para su estudio en cuatro etapas, conformadas a su vez por varias fases.²¹

La etapa constitutiva de la familia se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos.

Uno de los principales ideales depende de que cada uno de los cónyuges esté bien diferenciado y que haya desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de su familia para formar su propio hogar. En

esta etapa la pareja debe lograr mayor estabilidad personal, una unión matrimonial mutuamente satisfactoria y una paulatina independencia y separación emocional de sus respectivos padres.¹⁵

En la etapa procreativa se inicia la expansión del grupo familiar, ya sea por embarazo o por adopción de los hijos e incluye la crianza y desarrollo de éstos durante sus primeros años. Corresponde al periodo en que los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de sus padres; en ella ocurre la consolidación de la familia y se inicia la apertura hacia el exterior.

La etapa de dispersión comienza con la separación del primero de los hijos del núcleo familiar y termina cuando el último ha dejado a los cónyuges nuevamente solos. Una de las tareas de los padres en esta etapa es facilitar la independencia de sus hijos, ayudándoles a convertirse en seres productivos para su propio grupo social. En tanto, la pareja debe ser capaz de ajustarse al final del periodo parental mientras que sus hijos, ahora adultos, dan lugar a la formación de nuevas familias.

Ante la salida de los hijos, resulta de vital importancia para los esposos el aprender a ser independientes nuevamente y a renegociar sus funciones dentro del subsistema conyugal, recurriendo el uno al otro para sobreponerse al síndrome del nido vacío y a otros eventos críticos propios de esta etapa. En esta etapa comprende dos fases; la de independencia en que la pareja nuevamente sola debe llevar a cabo el ajuste final del papel de proveedor por jubilación o retiro del jefe de familia y la de disolución, en la cual la pareja anciana debe afrontar diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, nietos, y demás miembros de la familia residual; la pérdida de sus habilidades; la dependencia de otros y el fallecimiento de amigos y familiares.

Este lapso de la familia anciana termina con el fallecimiento de uno de los cónyuges, en tanto que en su viudez, el restante se enfrenta entonces a diferentes alternativas como el continuar viviendo solo, casarse, mudarse al hogar de alguno de sus hijos o recluirse en un asilo hasta el final de sus días, cerrándose así el ciclo vital de su familia, cuando el remplazo ya está dado por las nuevas familias formadas.¹⁵

ADJUDICACIÓN DE ROLES.

La sociedad moderna se caracteriza por un gran dinamismo y una sobrecarga de roles sobre las personas; para garantizar un buen ajuste de la pareja se requiere de una mayor flexibilidad de los roles de género en los que tanto hombres como mujeres desempeñan funciones de proveedores y cuidadores indistintamente. El trabajo fuera del hogar, además de ser una fuente de reafirmación personal para muchas mujeres es, en la mayoría de los casos, una necesidad para que la familia pueda mantener los estándares de la vida de la clase media.

Lo anterior nos permite afirmar que la vida en pareja permite a las personas compartir tareas de algunos de los roles que tienen que desempeñar, en especial aquellos referidos al mantenimiento económico de hogar, la crianza y educación de los hijos y las labores del hogar, lo que provoca una menor sobrecarga de funciones en cada integrante de la familia.¹³

AFECTO.

Indudablemente la pareja ayuda al individuo a satisfacer importantes necesidades en el plano afectivo, algunas se relacionan con elementos narcistas ya que el "objeto del amor" contribuye por lo general al incremento de la autoestima.

Tenemos que tener presente que la pareja no puede ser el único medio para satisfacer las necesidades. Existen personas esperando que su pareja satisfaga todas sus necesidades en el terreno afectivo, creativo e imaginario dándose cuenta tarde que temprano que su pareja es incapaz de satisfacer y cumplir tales expectativas, por lo tanto a mayor distancia entre los ideales y lo real mayor insatisfacción en la relación de pareja.

Toda la relación amorosa y crisis, y también puede observarse como estas van aparentadas a ciertas fases del ciclo vital, en estas fases del ciclo vital se presentan dificultades o crisis que son una oportunidad de hacer cambios, de crecer, de transformarse. En estas etapas de desequilibrio de la pareja o uno de ellos puede percibir que el vínculo afectivo que existía se rompe pierde consistencia o desaparece.¹⁹

TOMA DE DECISIONES.

Es importante investigar cómo se da el proceso de toma de decisiones, ya que este produce en cada uno de los cónyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentes, los estilos más frecuentes son: Toma de decisiones conjunta, ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.

Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge, esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir.¹⁹

MODELO FACES III DE OLSON

Olson (1993- 1997).- A través del modelo circunflejo de los sistemas familiares, ha estudiado los factores que equilibran o desequilibran a la familia por medio del FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales), el cual facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación.²³

FACES III valora, por medio de 20 reactivos, la comunicación, las jerarquías y los límites, así como la adaptabilidad y la cohesión familiar.²⁵

FACES III, permite establecer diversas hipótesis acerca de la funcionalidad familiar con base en las relaciones interpersonales de sus miembros, evaluando dos de las tres dimensiones mencionadas.

El funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.²³

El funcionamiento familiar también puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento

afectivo y el control de la conducta y la flexibilidad. Asimismo, puede examinarse de acuerdo con el grado de participación de la pareja en la vida social, la estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional.

La Cohesión Familiar: Tiene dos componentes:

1.- Los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros (Son los nexos familiares que los miembros establecen entre sí).

2.- Y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar. Implica los factores de ligas afectivas, soporte mutuo, ambiente familiar, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreaciones.

La Adaptabilidad Familiar:

Se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas y normas, de relación en respuesta al estrés situacional, y de interacciones en respuesta a una crisis.²³

Cada dimensión (Cohesión y Adaptabilidad) se subdivide en cuatro niveles:

La cohesión familiar va de la cohesión extremadamente baja a la cohesión extremadamente alta. Dentro de esta dimensión se toman en cuenta el liderazgo, el control y la disciplina fundamentalmente; (es decir, familia no relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada).

La adaptabilidad familiar va de la adaptación extremadamente baja, a la extremadamente alta: (esto es, familia rígida, estructurada, flexible y caótica).

Combinando los 4 niveles de cada dimensión se obtienen 16 tipos de sistemas familiares, agrupados a su vez en tres modos de funcionamiento: balanceado, medios y extremos.

Tipos de sistemas familiares según el modelo circunflejo de Olson.²³

BALANCEADA

MEDIA

EXTREMA

Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente desligadas	Rígidamente relacionadas
Flexiblemente relacionadas	Flexiblemente aglutinadas	Caóticamente semirrelacionadas
Estructuralmente semirrelacionadas	Caóticamente separadas	Caóticamente aglutinadas
Estructuralmente relacionadas	Caóticamente conectadas	Rígidamente no relacionadas
	Estructuralmente desligadas	
	Estructuralmente aglutinadas	
	Rígidamente separadas	
	Rígidamente aglutinadas	

Según el grado de cohesión, las familias pueden ser:

- a) No relacionada
- b) Semi relacionadas
- c) Relacionadas
- d) Aglutinadas.

a) Las familias no relacionadas son familias:

Con extrema separación emocional. Sus rasgos son los siguientes:

1. Falta de lealtad familiar.
2. Se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros.
3. La correspondencia afectiva es infrecuente entre ellos.
4. Gran lejanía parento-filial.
5. Predomina la separación personal.
6. Rara vez se pasa el tiempo juntos.
7. Gran necesidad y preferencia por espacios separados.
8. Se toman las decisiones independientemente.
9. El interés se localiza fuera de la familia.
10. Los amigos personales son vistos a solas.
11. Existen intereses desiguales.
12. La recreación se lleva a cabo individualmente.

b) En las familias semirelacionadas se dan lo siguiente:

1. Hay separación emocional.
2. La lealtad familiar es ocasional.
3. El involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal.
4. Algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva.
5. Los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos.
6. Se alienta cierta separación personal.
7. El tiempo individual es importante, pero se pasan parte del tiempo junto.
8. Se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar.
9. Las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas.
10. El interés se focaliza fuera de la familia.
11. Los amigos personales raramente son compartidos con la familia.
12. Los intereses de los miembros familiares son distintos.
13. La recreación se lleva a cabo más separada que compartidamente.

c) En las familias relacionadas:

1. Hay más cercanía emocional.
2. Lo esperado es la lealtad familiar.
3. Se enfatiza el involucramiento pero se aún permite la distancia personal.
4. Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas.
5. Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento -filial.
6. La necesidad de separación es respetada pero poco valorada.
7. El tiempo que se pasan juntos es importante.
8. El espacio privado es respetado.
9. Se prefieren las decisiones conjuntas.
10. El interés se focaliza ahora dentro de la familia.
11. Los amigos individuales se comparten con la familia.
12. Se prefieren los intereses comunes.
13. La recreación compartida antes que la individual.

d) En las familias aglutinadas:

1. La cercanía emocional es extrema.
2. Se demanda lealtad hacia la familia.
3. Los miembros de la familia dependen mucho unos de otros.
4. Faltan límites generacionales.
5. Se dan coaliciones parento-filiales.
6. No hay separación personal.
7. La mayor parte del tiempo se pasa junto,
8. Los intereses conjuntos se dan por mandato
9. Se permite poco tiempo y espacio privado.
10. Las decisiones están sujetas al deseo de grupo.
11. El interés se focaliza dentro de la familia.
12. Se prefieren los amigos de la familia a los amigos personales.

Según el grado de adaptabilidad, las familias pueden ser:

- a) Rígidas
- b) Estructuradas,
- c) Flexibles

d) Caóticas.

a) Las familias rígidas:

1. El liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental.
2. La disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa. Es autocrática, los padres imponen las decisiones.
3. Los roles están estrictamente definidos.
4. Las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

b) En las familias estructuradas:

1. El liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario.
2. La disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias. Es un tanto democrática. Los padres toman las decisiones.
3. Los roles son estables pero pueden compartirse.
4. Las reglas se hacen cumplir firmemente y pocas son las reglas que se cambian.

c) En las familias flexibles:

1. El liderazgo es igualitario, permite cambios.
2. La disciplina es algo severa, aunque sus consecuencias pueden negociarse, Usualmente son democráticas. Las decisiones se toman por acuerdo.
3. Los roles se comparten.
4. Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas reglas cambian.

d) En las familias caóticas

1. El liderazgo es limitado y/o ineficaz.
2. La disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias. Las decisiones parentales son impulsivas.
3. En los roles, falta claridad y con frecuencia éstos se alternan e invierten.

4. En las reglas, Se dan frecuentes cambios y éstas no se hacen cumplir de manera consistente.²³

La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para “moverse” dentro del modelo como resultado de factores de estrés normativo y no normativo.

La familia tiene como tarea la de preparar a sus miembros para enfrentar los cambios producidos tanto desde el exterior como desde el interior. Las crisis no solo se derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requieran modificaciones. Pueden estar relacionadas con el tránsito por las etapas del Ciclo Vital. Estas crisis llamadas normativas, son derivadas del enfrentamiento a los eventos de vida tales como el matrimonio, el embarazo o la jubilación entre otros.²³

La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en este caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas.

La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar.²⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La insuficiencia renal crónica en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad. Siendo la 12ª causa de muerte y la 17ª causa de discapacidad en el mundo. Y la 10ª causa de muerte en nuestro país contribuyendo el 28% de todas las muertes.

Ya que la repercusión funcional de la pérdida irreversible de nefronas es consecuencia de la evolución de las nefropatías crónicas, por la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial Sistémica. La IRC constituye el 60% de la mortalidad, distinguiéndose por un comienzo insidioso, con alternancia con periodos de exacerbaciones y remisiones de síntomas, con la pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, necesitando de un tratamiento complejo de por vida en pacientes con IRC en estadio 4 y 5 como es el caso diálisis peritoneal o hemodiálisis.

Los pacientes que cursan con Insuficiencia Renal Crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y este directamente asociado a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Por lo que está obligado a realizar cambios, tanto laborales y sociales. Por lo que ante esta enfermedad, la cohesión y adaptabilidad familiar es imprescindible.

Este país está compuesto por 31 estados con una población identificada en el año 2005 de 103.263.388 millones de habitantes. Hasta el momento, se carece de un registro de pacientes con IRC por lo que se desconoce el número preciso de pacientes en cualquiera de sus estadios, los grupos de edad y sexo más afectados, así como el comportamiento propio de los programas. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Proporcionados por la seguridad social, que está compuesta por los hospitales del IMSS.²²

En la Unidad de medicina familiar No 12 Allende Coahuila; se cuenta con una población adscrita al consultorio No. 1 de 2,355 derechohabientes, de acuerdo al Sistema de Información de Atención Integral de la Salud. De ellos 36 entre hombres y mujeres al grupo de edad de 20 a 80 años con insuficiencia Renal Crónica en estadio 4 y 5 diagnosticado representando un 0.84% de la población adscrita.

En la adaptabilidad y cohesión familiar influye determinantemente en que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica ya que demanda una mayor atención. Por lo que no hay dudas de que la enfermedad ocasiona una gran cantidad de estrés a cada miembro de la familia y esto a su vez incide directamente en el apego al tratamiento y calidad de vida del paciente. Por lo que nos realizamos la siguiente pregunta

¿Cómo Influye La Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica en Estadios 4 y 5 Del Consultorio 1 De La UMF No. 12 De Allende Coahuila?

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

La Insuficiencia Renal Crónica en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad. Siendo la 12ª causa de muerte y la 17ª causa de discapacidad en el mundo.⁶ Y la 10ª causa de muerte en nuestro país contribuyendo el 28% de todas las muertes en nuestro país.⁵ La diabetes, la HAS, y la IRC contribuyen con el 60% de la mortalidad y aproximadamente con el 47% de los gastos en salud a nivel global

En la Unidad de medicina familiar No 12 Allende Coahuila; se cuenta con una población adscrita al consultorio No. 1 de 2,355 derechohabientes, de acuerdo al Sistema de Información de Atención Integral de la Salud. De ellos 36 pacientes padecen insuficiencia Renal Crónica en estadio 4 y 5 de IRC.

Distinguiéndose por un comienzo insidioso, con alternancia con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, los pacientes con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas, médicos, psicológicos y sociales, por lo que el paciente con insuficiencia renal crónica está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible haciendo énfasis en la funcionalidad familiar para el buen apego del tratamiento.

La funcionalidad familiar influye determinantemente en que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica ya que se demande de una mayor atención hacia el paciente enfermo, existiendo frecuentemente dificultad de adaptación y cohesión familiar.

Por lo que las interacciones familiares pueden ser negativas o positivas; cuando se da la segunda provee la sensación de bien estar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional del paciente y por ende el buen apego al tratamiento. Influyendo directamente en los cuidados que se otorga al enfermo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el efecto de La Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica en Estadios 4 y 5 Del Consultorio 1 De La UMF No. 12 De Allende Coahuila.

Objetivos Específicos

- Valorar y conocer la Adaptabilidad de la familia en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en estadios 4 y 5 adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 de Allende Coahuila, a través del instrumento de evaluación de FACES III
- Conocer la Cohesión de la familia en pacientes con insuficiencia renal crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 de Allende Coahuila, través del instrumento de evaluación de FACES III
- Determinar las características del paciente como edad y genero en familias de pacientes con insuficiencia renal crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 de Allende Coahuila, a través del instrumento de evaluación de FACES III

VARIABLES A RECOLECTAR:

Variable Dependiente:

Funcionalidad familiar

Definición conceptual: Podemos definir a la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo y las crisis que se presenten.²³ para el apoyo del paciente con IRC.

Definición Operacional: Los concepto: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina negociación, roles y reglas.²⁵ Ya que si en la familia hay un integrante que tenga una enfermedad crónica va a demandar mayor atención, por lo pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros de la familia presente dificultad de adaptación y cohesión influyendo en el apego al tratamiento.

Escala de medición: FACES III.

Fuente de Información: Instrumentos de evaluación.

Variable Independiente:

Insuficiencia Renal Crónica

Definición Conceptual: La Insuficiencia Renal Crónica se define como la disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) <60 ml/min/1.73 m² o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses.

Definición operacional: La Insuficiencia Renal Crónica es un proceso fisiopatológico con múltiples causas, cuya consecuencia es la pérdida inexorable del número y funcionamiento de nefronas, y que a menudo desemboca en Insuficiencia Renal Terminal, que es un estado o situación clínica en que ocurre una pérdida irreversible de la función renal endógena, de una magnitud suficiente para que el sujeto dependa en forma permanente del tratamiento sustituto renal (Diálisis o trasplante) con el fin de evitar la uremia.

Escala de medición: Depuración de Creatinina en 24 horas en pacientes mayores de 20 años, sexo indistinto con enfermedad crónica del tipo de DMT 2 e H.A.S. con complicaciones nefropatías. Con Estadio 4 una filtrado Glomerular moderadamente disminuida 30-59 ml/min por 1.73m² y Estadio 5 una Filtrado Glomerular gravemente disminuida 15-29 ml/min por 1.73m².

Fuente de Información: Laboratorio de la unidad de medicina familiar No. 12 de Allende, Coahuila.

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal, retrospectivo, descriptivo, observacional.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

POBLACIÓN

En el total de los pacientes diagnosticados con IRC del consultorio No. 1 de la UMF 12 de Allende, Coahuila con el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en estadios 4 y 5.

LUGAR

El estudio se realizó en la UMF No. 12 perteneciente a la Delegación 05 del IMSS ubicada en la calle en la Calle Juárez Norte no. 807 y Abasolo, Colonia Centro Allende, Coahuila.

TIEMPO

Del periodo de Marzo 2013 a Noviembre 2014.

OBTENCION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Obtención de la muestra: No probabilístico por conveniencia.

Población en estudio:

La muestra se seleccionó con base en el censo de pacientes adultos con IRC en estadio 4 y 5, adscritos a la UMF No. 12 del IMSS, integrando la cifra de 36 pacientes diagnosticados con IRC en estadios 4 y 5.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios De Inclusión

- Pacientes con adscripción en la UMF N° 12 Allende Coahuila
- Estado civil indistinto
- Pacientes en protocolo de diálisis peritoneal continua ambulatoria en estadio 4 y 5.
- Edad adulta mayor de 20 años
- Sexo indistinto

Criterios De Exclusión

- Pacientes que no estén adscripción en la UMF N° 12 Allende Coahuila
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes con retraso mental psíquico
- Pacientes no estar incluidos en otro programa de diálisis
- No estar en un periodo crítico
- Pacientes menores de 20 años de edad

PROCEDIMIENTOS PARA RECABAR LA INFORMACIÓN:

Los cuestionarios se aplicaron a pacientes mayores de 20 años de edad con sexo indistinto diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en estadio 4 y 5 de la clasificación K/DOQUI 2002, que sepan leer y escribir, detectados en la consulta médica en el periodo comprendido Febrero a Noviembre del 2013, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 12 de Allende Coahuila. Con cita previa en el consultorio o en su domicilio, se les aplico el instrumento de Evaluación FACES III con el apoyo de un médico familiar. Se le pide al encuestado que responda las preguntas colocando del 1 al 5 de acuerdo a su situación en particular.

Los resultados obtenidos se analizaron graficándose los resultados en forma porcentual mediante el paquete de Office Excel, utilizando estadística paramétrica con medición de tendencia central: Media, Mediana, Moda y porcentajes.

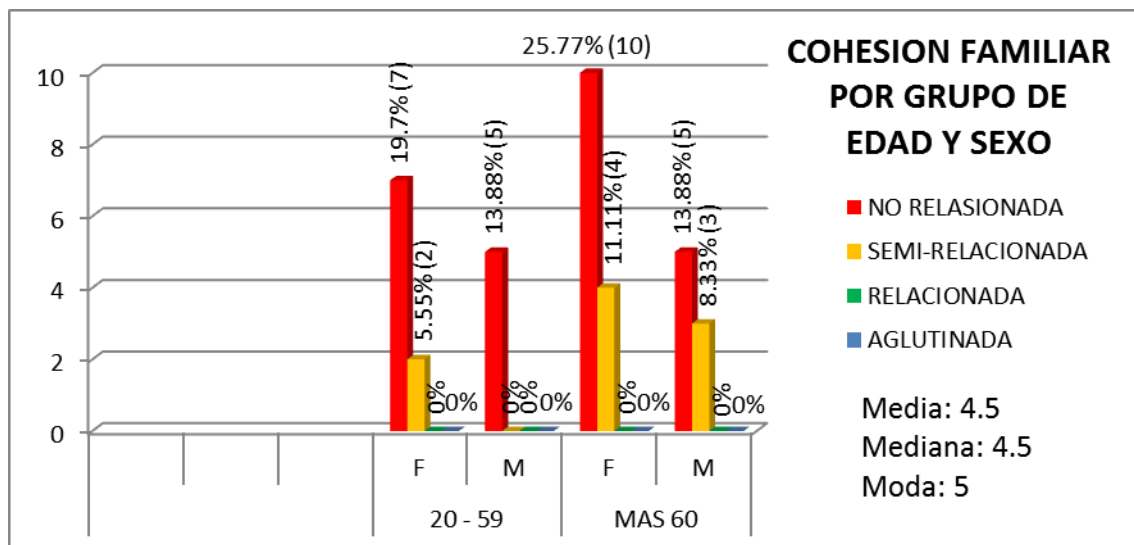
CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apega a la Declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial con sus respectivas modificaciones hasta la última: Fortaleza, Brasil, 2013, Carta de Consentimiento Informado y a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el artículo correspondiente a la investigación sin riesgo en seres humanos (Art. 17 y Apartado I)

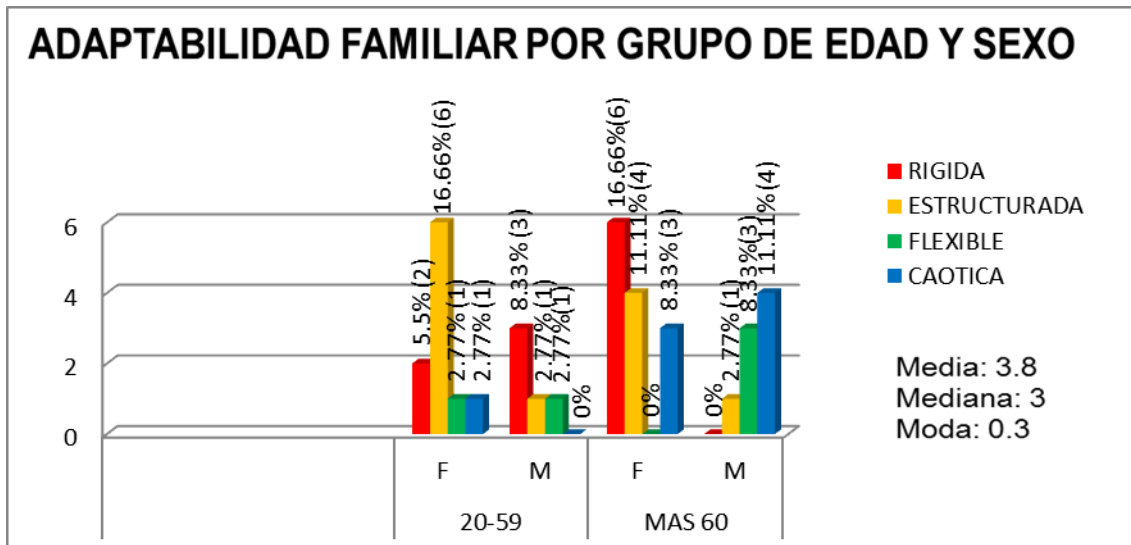
RESULTADOS

A través del instrumento de evaluación de FACES III de los 36 pacientes estudiados diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en estadio 4 y 5 adscritos al consultorio No. 1 de la Unidad de Medicina Familiar N° 12 de Allende Coahuila se encontró; de acuerdo al grupo de edad de la población estudiada tuvo un rango entre 20 y más de 60 años, con un promedio de 61 años; 63.88 % de los pacientes estudiados correspondió al sexo femenino, y un 36.11% al sexo masculino.

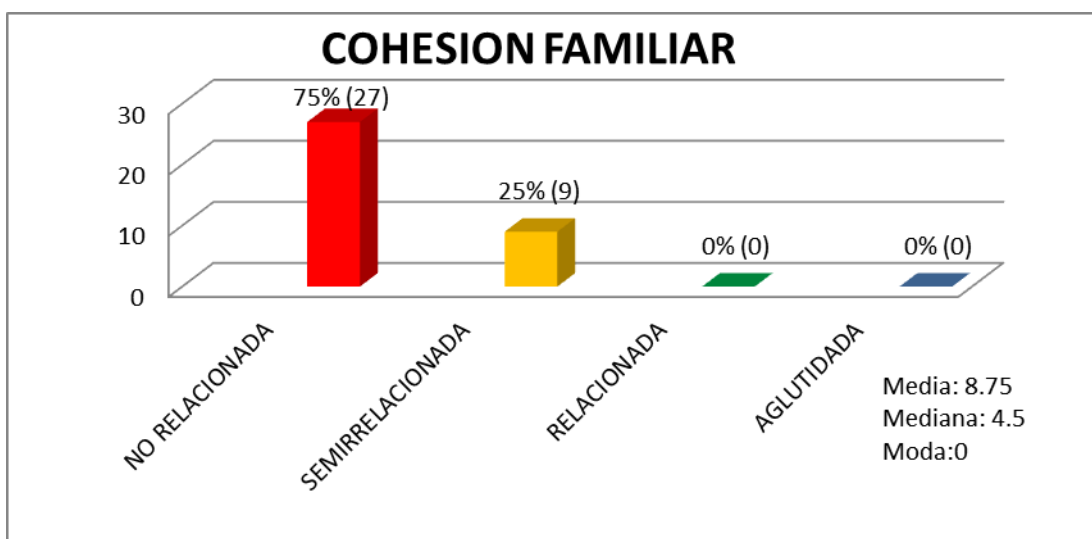
La cohesión en la Funcionalidad Familiar en pacientes estudiados, entre 20-59 años fue de 39% (14 pacientes); de más de 60 años; 61% (22 pacientes).



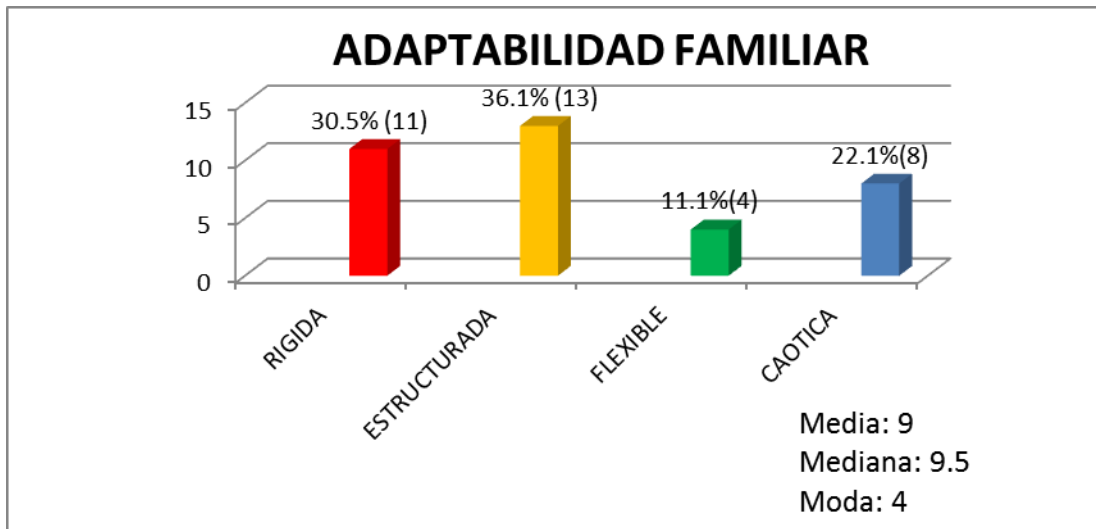
De acuerdo al grupo de edad y sexo la adaptabilidad en la Funcionalidad Familiar en pacientes estudiados, entre 20-59 años fue de 41.66% (15 pacientes); y en pacientes más de 60 años; 58,33% (21 pacientes).



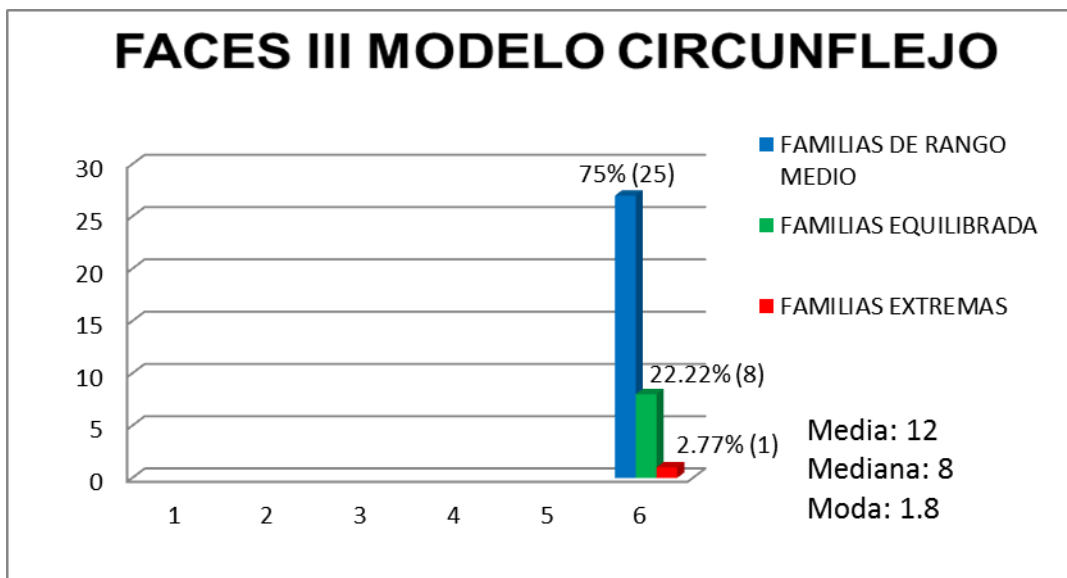
La cohesión de las familias en pacientes los 36 pacientes estudiados se encontró que fueron no relacionadas 75% (27 pacientes), semirelacionadas 25% (9 pacientes), relacionadas y aglutinadas de 0% respectivamente.



La adaptabilidad de las familias de acuerdo al instrumento FACES III se encontró que fueron estructuradas 36.1% (13 pacientes), rígidas 30.5% (11 pacientes), caóticas en 22.1% (8 pacientes) y flexibles 11.1% (4 pacientes).



Finalmente al evaluar el modelo circunflejo se concluye que las familias que se encuentran en un rango medio son el 75% (27 pacientes), equilibradas o balanceadas 22.22% (8 pacientes) y familias extremas 2.77% (1 paciente).



DISCUSIÓN

El estudio permitió describir las características de la familia del paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) ya que es una de las complicaciones más temidas en la evolución de la Diabetes Mellitus y otras enfermedades crónicas. Se realizó con 36 pacientes con IRC en estadio 4 y 5. Que limitan o ponen en riesgo la existencia y la calidad de vida de las personas, no sólo las víctimas, sino todo el sistema de relaciones interpersonales en que está implicada la persona, particularmente su familia, que ve seriamente afectada toda su dinámica y funcionamiento.

Rodríguez Ábrego y cols.¹ encontraron que la edad de la población estudiada tuvo un rango entre 17 y 83 años, con una media de 53 ± 14 , diferente al presente estudio entre 20 y 85 años, con una edad media de 51.12. En cuanto a la distribución por género, se obtuvieron resultados DIFERENTES al corresponder más de la mitad de los pacientes al género femenino que en comparación con el estudio anterior del cual mostro su prevalencia en el género masculino.

Los pacientes que cursan con Insuficiencia Renal Crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y este directamente asociado a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Por lo que está obligado a realizar cambios, tanto laborales y sociales. Por lo que ante esta enfermedad, la cohesión y adaptabilidad familiar es imprescindible.

Aguilar Rivera y cols.² mostraron con la aplicación del faces III que 133 (45.9%) pertenecían a familias balanceadas, 38 (13.1%) a familias extremas y 119 (41%) de rango medio. A diferencia del presente estudio en el cual encontramos a familias en un rango medio que son el 75% (27 pacientes), equilibradas o balanceadas 22.22% (8 pacientes) y familias extremas 2.77% (1 paciente).

Rodríguez Ábrego y cols.¹ encontraron disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal en más de la mitad de los pacientes percibieron algún grado de disfunción familiar. La prueba estadística identificó que la asistencia recibida

por el enfermo dependía del grado de funcionalidad familiar (χ^2 de Mantel-Haenszel 5.85, $p = 0.015$). Se evaluaron las medias en la variable de estrés familiar y se observó 127.2 ± 39.9 puntos para familias no disfuncionales y 259.7 ± 59.3 puntos para las disfuncionales. No se observó diferencia en la media de la edad ni en el número de integrantes de la familia. Y en cuanto a nuestro estudio con FACES III; la mayoría se encontró en el rango de familias estructuradas con 36%, rígidas con 30.5%, caóticas 22.1%, mostrando que el mayor porcentaje de las familias estudiadas están en los rangos extremos, lo cual significa que la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas y normas de relación en respuesta al estrés situacional y de interacciones en respuesta a una crisis, de éstos pacientes se encuentra alterada, Encontrando solo una minoría de familias flexibles (adaptabilidad moderada alta) el 11.1% (4 pacientes); donde los roles se comparten, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas reglas cambian, la disciplina es algo severa, aunque sus consecuencias pueden negociarse y usualmente son democráticas. Las decisiones se toman por acuerdo. Y en cuanto al rango de cohesión familiar se encuentra dos tipos de familias: Desligadas (cohesión muy baja) y separadas (cohesión baja a moderada), Se caracterizan por favorecer un alto grado de autonomía y cada persona actúa libremente con escaso apego o compromiso con su familia.

En la UMF No. 12 de la ciudad de Allende Coahuila, del consultorio No. 1 Matutino con 2355 derechohabientes se observa un total de 97 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, de los cuales 36 pacientes se encuentran con Insuficiencia Renal Crónica en estadio 4 y 5, pertenecientes entre hombres y mujeres al grupo de edad de 20 a 85 años portan Insuficiencia Renal Crónica en estadio 4 y 5 representando un 0.84% de la población adscrita.

Por lo que podemos observar que la incidencia de la Insuficiencia Renal crónica es más frecuente en pacientes de acuerdo al grupo de edad en pacientes mayores de 60 años de edad. En los cuales se encontró que el tipo de familia en los pacientes estudiados fueron un 75% (27 pacientes) de familias no relacionadas, caracterizándose estas familias con falta de lealtad familiar el muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, incluso en algunas de ellas predominan la separación, prefiriendo los espacios separados,

no compartiendo el espacio familiar habiendo una gran lejanía parento-filial. Mientras que también se reportó un 25% (9 pacientes) a familias semi-relacionadas predominando una separación emocional, distanciamiento entre los integrantes y en el poco apoyo del paciente para poder seguir su tratamiento. Mientras que el 30.5% de las familias rígidas existe una disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa. En cambio que en las familias caóticas; El liderazgo es limitado y/o ineficaz, la disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias. En cuanto a los roles, falta claridad y con frecuencia éstos se alternan e invierten, las reglas, Se dan frecuentes cambios y éstas no se hacen cumplir de manera consistente. Encontrando solo una minoría de familias flexibles (adaptabilidad moderada alta) el 11.1% (4 pacientes); donde los roles se comparten, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas reglas cambian, la disciplina es algo severa, aunque sus consecuencias pueden negociarse y usualmente son democráticas. Las decisiones se toman por acuerdo. Lo cual traduce la gran capacidad de adaptación que tienen nuestras familias y a pesar de su complejidad, la gran mayoría permanece en rangos medios en el modelo circunflejo.

CONCLUSIONES

El presente trabajo logró conocer las familias con pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en estadio 4 y 5 mediante el instrumento de evaluación FACES III. Concluimos que la cohesión familiar manifestada por los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar, se encuentra alterada ya que los resultados muestran un gran porcentaje de familias no relacionadas el 75% de ellas y semirrelacionas un 25%.

Al evaluar la adaptabilidad de acuerdo al instrumento de evaluación FACES III, la mayoría se encontró en el rango de familias estructuradas con 36%, rígidas con 30.5%, caóticas 22.1%, mostrando que el mayor porcentaje de las familias estudiadas están en los rangos extremos, lo cual significa que la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas y normas de relación en respuesta al estrés situacional y de interacciones en respuesta a una crisis, de éstos pacientes se encuentra alterada, Encontrando solo una minoría de familias flexibles (adaptabilidad moderada alta) el 11.1% (4 pacientes); donde los roles se comparten, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas reglas cambian, la disciplina es algo severa, aunque sus consecuencias pueden negociarse y usualmente son democráticas. Las decisiones se toman por acuerdo.

La funcionalidad en la familia de los pacientes estudiadas con Insuficiencia renal Crónica, en el rango de cohesión familiar se encuentra dos tipos de familias: Desligadas (cohesión muy baja) y separadas (cohesión baja a moderada), Se caracterizan por favorecer un alto grado de autonomía y cada persona actúa libremente con escaso apego o compromiso con su familia.

Y en el rango adaptabilidad en el funcionamiento familiar sitúa a las familias Estructurada (adaptabilidad baja a moderada) y Rígida (adaptabilidad muy baja) según el instrumento de evaluación FACES III. Ubicando a las familias en el Modelo Circunflejo de Olson en familias de rango medio son el resultado de la combinación de las diferentes dimensiones de familias equilibradas y familias extremas. Encontrando familias disfuncionales poca flexibilidad en la estructura de poder, sobrecarga de roles y poca permeabilidad.

Por lo tanto el tema es relevante ya que la atención y el control de las enfermedades crónicas representan un reto para los servicios de salud.

Ya que la Insuficiencia Renal Crónica viene siendo la 12ª causa de muerte y la 17ª causa de discapacidad en el mundo.⁴ Y la 10ª causa de muerte en nuestro país contribuyendo con el 28% de todas las muertes.⁵ La diabetes, la HAS, y la IRC contribuyen con el 60% de la mortalidad y aproximadamente con el 47% de los gastos en salud a nivel global.⁶

La información puede ser utilizada para estructurar intervenciones con estrategias individuales y familiares, para proponer realizar campañas de prevención de dichas enfermedades crónicas que prevalecen en la población, hacer conciencia a la comunidad de las consecuencias individuales y familiares que acarrea una enfermedad crónica que en este caso es la Insuficiencia Renal Crónica.

El médico familiar debe además de los anterior, buscar las estrategia tendentes a aumentar su capacidad de ayuda y funcionamiento por parte del equipo de salud, a partir de intervenciones en grupos de apoyo a pacientes y familiares, para mejorar el funcionamiento familiar. Lo cual sin duda mejoraría el apoyo mutuo y la participación que otorga la red familiar permitiendo mantener un adecuado soporte emocional y un buen apego al tratamiento médico por parte del paciente.

ANEXOS

ANEXO (1)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2012												
Determinar el objeto de Investigación			x									
Elaboración del Marco Teórico				x								
Planteamiento del problema					x							
Elaboración de Objetivos, Justificación e Hipótesis						x						
Material y Métodos							x					
Planteamiento del análisis estadístico								x				
Bibliografía y Anexos									x	x	x	x
2013												
Autorización y Registro del Protocolo	x											
Selección de la Muestra		x										
Recopilación de Datos			x	x	x	x	x	x	x	x		
Elaboración de bases de datos											x	
Análisis estadístico												x
2014												
Elaboración y Redacción de la Tesis	x	x	x	x	x	x	x	x				
Envío de la Tesis a la UNAM									x			
Realización de Modificaciones y envió a la UNAM										x		
Aceptación por la Universidad											x	

ANEXO (2)

PRESUPUESTOS Y COSTOS

Nombre del Investigador Responsable		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Avilés	Suarez	Juventino
Nombres del investigador (es) asociado (s)		
Calderón	Hernández	Jesús Adolfo
Título del protocolo de investigación		
Impacto De La Dinámica Familiar En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Del Consultorio 1 De La UMF No. 12 De Allende Coahuila		

Presupuesto por tipo de gasto			
Gasto corriente			
No.	Gasto	Justificación	Monto
1.	Artículos materiales y útiles diversos	Papelería, hojas de máquina, lápices, plumas, borradores, carpetas, grapadoras, USB	830
2.	Impresora	Copias de la encuesta	200
3.	Cartucho para impresora	Negro y color	500
4.	Viáticos	Alimentación y transporte	1,100
5.	Difusión	Inscripción a eventos, envió a revista medica	900
6.	Personal (entrevistador)	1	
Subtotal de gasto corriente		3,530	
Gasto de Inversión			

ANEXO (3)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica en Estadios 4 y 5 Del Consultorio 1 De La UMF No. 12 De Allende Coahuila
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	
Número de registro:	No. 506
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer la Funcionalidad familiar
Procedimientos:	Encuestas
Posibles riesgos y molestias:	No se somete a ningún riesgo o inconvenientes solo la información fidedigna de la Funcionalidad familiar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente)
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento)
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Juventino Avilés Suarez / MATRICULA: 99056147. Cel. 8661175067

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el

consentimiento

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO (4)

FACES III (D. H. OLSEN, J. PORTNER E Y. LAVEE), VERSION EN ESPAÑOL (MEXICO): C. GOMEZ Y C. IRIGOYEN

INSTRUCCIONES: SEÑALE CON UNA "X" EN CADA ESPACIO DE CADA PREGUNTA LA RESPUESTA QUE USTED ELIJA Y EL NUMERO INDICADO

	1. Nunca	2. casi nunca	3. Algunas veces.	4. Casi siempre	5. Siempre
1. Los miembros de su familia se dan apoyo entre si					
2. En nuestra familia se toman en cuenta la sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar a autoridad					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. En nuestras casas los hijos toman las decisiones					
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con los otros para tomar decisiones					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez Abrego G, Isabela Rodríguez Abrego. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia Renal Crónica, Revista Médica del IMSS, Marzo- Abril, 2004, Vol. 42 No. 2 p. 97-102.
2. Aguilar-Rivera T, González-López A, Pérez-Rosete A. Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. Aten Fam 2014 Vol. 21 No.2 p: 50-54.
3. Morales-Jaimes R, Salazar-Martínez E, FloresVillegas FJ, Bochicchio-Riccardelli T, López Caudana AE. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. Gac Méd Méx. 2008; Vol. 144 No. 2 p: 91-98.
4. The United State Renal Data System (USRD): <http://www.usrds.org>. Acceso en Octubre10, 2009.
5. Malaquías López Cervantes, ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y SU ATENCION MEDIANTE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO EN MEXICO, Primera Edición, 2010. D.R. © Facultad de Medicina. p 19-46.
6. Schieppati A, Remuzzi G Chronic renal disease as a public health problem: Epidemiology, social, and economic implications. Kidney Int 2005; 68 (suppl 98): S7-S10.
http://www.ekha.eu/usr_img/members/publications/Chronic_renal_diseases.pdf
7. INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática: <http://www.inegi.org.mx> (acces0 Octubre 20, 2009).
8. Barsoum RS. Chronic Kidney disease in the developing world. N Engl J. Med. 2006; 345: 997-999.
9. John A. Marx / *Hockberger, R. / Walls, R* Rosen, Medicina De Urgencias Conceptos y práctica clínica, 5ª ed. 2002 en español, Vol. 2, sección VI, Mosby, p. 1360-1389.
10. Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, y Kurt J. Isselbacher, Eds. Harrison`s, Principios de Medicina Interna. 16 dicesiones. Edición en español, MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE MEXICO, Cap. 261

- (Karl Skorecki, Jacob Green (Fallecido), Barry M. Brenner) p. 8946 - 8983.
11. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana, México; Secretaria de Salud 2009, p 10.
 12. GUYTON, C.G. and HALL, J.E. TRATADO DE FISILOGIA MEDICA, 10ª Edición, McGraw- Hill Interamericana 2001, Cap: 31 p 443-461.
 13. Soriano Cabrera, Guías SEN RIÑÓN Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica, Cap. 2 Vol. 24. Suplemento Nº 6 2004 Publicación Oficial de la Sociedad Española de Nefrología. p 27-34.
 14. Huerta G. José Luís, Medicina Familiar, 1ª ed. 2005, Editorial Alfil p. 12,14.
 15. Irigoyen Coria A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. 3ª edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2004. Cap. 1 p. 13 – 34.
 16. La perspectiva sistemática en terapia familiar conceptos básico. Investigación y evolución. Facultad de psicología y ciencias de la educación.
 17. Dr. Juan Max Gonzales Gallegos, LA FAMILIA COMO SISTEMA, REVISTA PACEÑA DE MEDICINA FAMILIAR 2007, Vol. 4, No. 6, p 111 – 114.
 18. La familia como unidad de estudio. Pac. Mf-1., tomo 4. Colegio mexicano de Medicina Familiar p. 14 - 18.
 19. Arturo Roizblatt S. Terapia Familiar y de pareja. © 2005. Editorial Mediterráneo Ltda. SANTIAGO · BUENOS AIRES Cap. 33. L.L. Eguiluz
 20. Herrera Santí Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud 20-03- 2008.
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm.
 21. Montalbán Sánchez J. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. Atención Primaria Vol. 13 Núm. 1 Enero 1992 Pág. 29-76.
 22. Méndez-Durán, Antonio; Méndez-Bueno, J. Francisco; Tapia-Yáñez, Teresa; Muñoz Montes, Angélica; Aguilar-Sánchez, Leticia,

- Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México Dial Traspl. 2010; 31(01):7-11.
23. Olson D. Sprekele D Russell. Circumplex modelo of marital and family systems interception, Cohesion and adaptability, family types and clinical applications. Family Process, 1979 Mar; 18 (1): 3-28
http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1545-5300.1979.00003.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1
24. Martínez-Pampliega A. Family adaptability and coesion evaluation sacle (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. International Journal of Clinical and Healt, Mayo 2006, Vol.6 No. 2 p. 317-338. <http://www.redalyc.org/pdf/337/33760207.pdf>
25. Sánchez-Reyes A. cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos, Rev. de Especialidades Médico-Quirúrgicas Vol. 16, No.2 Abril-Junio, 2011. p 82-88. <http://www.issste-cmn20n.gob.mx/Revistas/REVISTA%20ABRIL-JUN%202011.pdf>